

華盛頓州少年兒童
免費或低收費
健康保險



1-877-KIDS-NOW

免費電話 (1-877-543-7669)

週一至週五早上8時至晚上5時有接線員為您提供電話幫助；或者今天就將申請表格寄給我們！

也可以從我們的網站上獲取相關資訊：<http://healthykidsnow.net/>

華盛頓州社會福利服務部 DSHS 22-394(x) CH (Rev. 7/05)



有數千名19歲以下的少年兒童符合資格

這項計畫具有靈活性，可滿足多種類型家庭的少年兒童之需要。

- 單親家庭的兒童
- 雙親家庭的兒童
- 雙職工家庭的兒童
- 獨自居住的（19歲以下的）年輕成人
- 與祖父母或者其他家庭或朋友一起居住的兒童

甚至在入保前已患病的兒童也符合資格。

哪些服務項目包括在保險計畫範圍內？

保險計畫服務範圍廣泛，包括使所有兒童保持健康的全部服務項目。若您的孩子符合資格，您將得到更多的資訊，幫助您瞭解獲得保健服務的方法。

現列舉保險計畫範圍內的幾個服務項目：

- 醫生和護士門診
- 醫院和急診服務
- 牙科保健
- 處方藥品
- 體檢和免疫接種
- 眼鏡和助聽器
- 身體理療和語言康復治療
- 家庭生育計畫
- 為赴門診提供交通服務
- 諮詢輔導和其他服務！

如何搞清楚我的孩子是否符合資格加入？

申請手續很簡單，並且許多工薪家庭都符合資格。在確定資格時將審核您的收入、家庭人口數目（計算家庭成員時要包括即將出生的嬰兒）以及每月的某些支出。下列簡易步驟可幫助您搞清楚您的孩子是否符合資格。然後將您的月收入與下表相比較。

步驟 1 請填寫（未扣稅之前）您家的

1 月收入	\$
• 從中減去您每月為因上班而需的托兒或成人看護服務所支付的費用。	-
• 從中減去您每月為不在您家居住的孩子所支付的經法庭裁定之全部兒童贍養費。	-
• 為在您家居住的每一位在業成人減去90美元。	-

步驟 2 與下列數目相比較，看您是否符合加入資格

如果您家的月收入與下表中的數目相近，您的孩子可能有資格加入低收費或免費健康保險計畫！

許多人的收入高於以下標準，但仍符合資格要求。如果您家的收入高於下表中的數目，請打電話詢問詳情，電話號碼是：1-877-KIDS-NOW。

家庭人口數目 (包括家長與子女)	(經步驟1中所述的扣減之後) 每月大概收入
1	最多\$1,994
2	最多\$2,673
3	最多\$3,353
4	最多\$4,032
5	最多\$4,711
五人以上	每多一名家庭成員便遞增\$680美元。

收入標準的有效期截止至2006年3月31日。本表中的數目只適用於19歲以下少年兒童的健康保險。為家庭和孕婦提供有其他健康保險計畫，資格要求與此不同。請打免費電話1-877-KIDS-NOW詢問詳細情況。

申請手續很簡單！

1. 填寫本手冊的隨附申請表格。
2. 剪下申請表格頁。
3. 從申請表格頁上取下信封。
4. 隨申請表附上收入證明的影印件。如：
 - 最近三十天的工資單存根；
 - 自僱財務報表；或
 - 您的僱主出具的顯示您每月總收入的信件。
5. 將申請表格裝入此信封
6. 可投入任何郵箱！不需貼郵票。

我的孩子需要多久才能獲得健康保險？

- 兒童的免費健康保險福利將得到優先考慮。
- 對於獲准加入的少年兒童，他們的健康保險將於本部門收到其申請表格的當月第一天開始生效！
- 您將於六週內收到通知函，告訴您您的孩子是否符合資格。
- 若您的孩子獲准加入免費健康保險計畫，他們可以立即獲得醫療保健服務。
- 為了加快辦理申請手續，務必請您完整填寫申請表格。
- 每隔六個月，會寄給您一份表格，用以延續您孩子的保險。

為華盛頓州少年兒童服務的有效健康保險計畫

醫療補助和兒童健康保險計畫

- 低收費或免費健康保險覆蓋範圍。
- 兒童的免費健康保險福利將得到優先考慮。
- 按月向您收取保險費。
- 如果您有四個或四個以上孩子，您祇須付三份保費。
- 有的孩子可能有資格由保險計畫支付最近三個月未付的醫療費用。

若需瞭解您本社區提供的幫助，請電：



兒童醫療補助申請

此申請表格僅適用於19歲以下的少年兒童申請醫療保險福利。任何人都可以為兒童申請醫療福利，兒童也可以為自己申請福利，**本處將為方框1中的列名者寄送所需的詳細資料**。若您有任何疑問或者需要幫助填寫此表格，請電1-877-543-7669。我們將樂於協助您！

請用黑色或藍色筆工整填寫，不要用鉛筆。（請列出接受詳細資料的家長、監護人或聯繫人）

1 名中間名縮寫姓	
2 您的住址街道名稱與門牌號碼城市州郵遞區號	
3 郵寄地址（若與上述地址不同請填寫）街道名稱與門牌號碼城市州郵遞區號	
4 電話號碼	5 在讀、寫或講英語方面您是否有困難？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
住宅電話 ()	您需要何種語言或版本格式的資料？
工作電話 ()	您是否需要一位口譯人員？（若是這樣，我們將透過口譯人員來幫助您。） 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
留言電話 ()	您講哪一種語言？ _____
	6 您家中是否有19歲以下的子女患有需要立即治療的病症？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	您家中是否有人懷孕？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	若是，請問是誰？ _____

一般資訊

7 請列出與您住在一起的家庭成員。
(若需要填寫更多的家庭成員，請另加附頁。)

姓名 (名、中間名縮寫、姓)	與您的 關係	出生日期 (月/日/年)	社會安全號碼 * = 自願填寫	性別 男或女	是否是 美國公民 是 否	若子女不是美國公民， 請填寫此欄		
A. 家長、監護人或您本人			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	該名子女是否領有 身份證明文件？	請寫明該名 子女到達 美國的時間	該名子女 是否有 贊助人？
B. 配偶或其他家長（若住在家中，則請填寫）			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否		是 否
C. 請列出（希望獲得醫療福利的）19歲以下的少年兒童					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 請列出住在家中（不希望獲得醫療福利的）其他成人/子女			*			註：請隨附子女的身份證明文件。		
			*					

8 您家中是否有19歲以下的子女患有殘障？ 是 否
若“是”，請問是誰？ _____

支出情況 此項資訊有助於使您的子女符合資格條件。

9 在上班時，您是否支付托兒費？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	若“是”，請問每月支付金額是多少？\$ _____
在上班時，您是否付費請人照看患有殘障的成人？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	若“是”，請問每月支付金額是多少？\$ _____
10 您是否為不在您家居住的子女支付法庭裁定的兒童贍養費？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	若“是”，請問每月支付金額是多少？\$ _____

收入情況

請填寫（扣稅或支出前的）總收入。

（請隨附最近三十天的收入證明）

11 家長的僱主之姓名和電話號碼 _____ ()	其他家庭收入	最近30天的收入金額	這是哪一位家庭成員掙得的收入？	
12 最近30天在扣稅或支出前您獲得的收入金額： \$ _____ _____	15 兒童贍養費	\$ _____		
13 配偶（或在家中居住的另一位家長）的僱主之姓名和電話號碼： _____ ()	16 撫養費	\$ _____		
14 您的配偶（或在家中居住的另一位家長）最近30天在扣稅或支出前所獲得的收入金額： \$ _____ _____ 其中有多少來自僱業收入？* \$ _____	17 社會安全保險金	\$ _____		
*若您或您的配偶（或在家中居住的另一位家長）是自僱業者，您還可能獲得其他稅額減免。請電1-877-KIDS-NOW，可獲得更詳細的資訊或者辦理申請手續方面的協助。	18 失業救濟金	\$ _____		
	19 投資收入/利息/股息	\$ _____		
	20 退役軍人福利金	\$ _____		
	21 勞工與工業補償金	\$ _____		
	22 軍人養家費	\$ _____		
	23 其他（請說明）	\$ _____		
	24 您是否需要幫助，以便支付您為其辦理申請手續的任何一名子女在最近三個月內未付的醫療費？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
		若“是”，請隨附相關月份的全部家庭收入文件副本，以便我們審閱。		

健康保險資訊

若您的子女已有健康保險，請向我們提供相關資訊。

25 A 您為其辦理申請手續的子女中是否有任何人已有健康保險？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	25 B 若“是”，該項保險是否支付醫生門診、住院治療、X光透視（放射科）以及化驗服務？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	26 A 在過去四個月中，您的子女是否有由僱主提供的健康保險？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	26 B 若“是”，您為子女支付的保險費每月是否少於50美元？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
27 若您對以上任何問題（25a或b或者26a或b）回答“是”，請列出為您子女提供健康保險服務的保險公司之名稱或僱主的姓名。			
保險公司或僱主	保單號碼	受保人姓名	受保人的社安號碼 (自願填寫)

兒童的族裔背景（自願填寫此資訊）

請您自願向我們提供您子女的族裔背景資訊。在審定您的福利資格時將不考慮這一資訊。	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亞裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔
	<input type="checkbox"/> 夏維夷本土人或其他太平洋群島居民	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 其他族裔 _____	
在由社會福利服務部管理和舉辦的所有計畫和活動中都禁止歧視。禁止以種族、膚色、信仰、政治信念、原國籍、宗教、年齡、性別或身體殘障為由而將任何人排斥在計畫活動之外。				

在簽名之前請仔細閱讀

此申請表格僅用於為您的子女申請醫療福利。若您家中已有人領取或希望申請現金補助、基本食物補助或其他福利，請聯絡您當地的社會福利服務部社區辦事處(CSO)。

- 社會福利服務部可能會要求您證實您所提供的資訊，以確定您是否符合資格。您可以請社會福利服務部協助您取得證明文件。
- 您所提供的資訊可能會由其他的州或聯邦政府機構進行審核。將不會向移民局(INS)透露這一資訊。
- 提出申請並獲得保健福利將使華盛頓州府獲得對任何醫療幫助及任何醫療保健第三方付款的全部權利。
- 社會福利服務部可能會向兒童簡況免疫追蹤系統透露您孩子的免疫接種史。

聲明與簽名 本人已閱讀並理解此申請中的資訊。本人聲明，據我所知，我在此申請表格中所提供的資訊均屬實、正確且完整，否則願受偽證罪處罰。	申請人簽名 X _____ 日期 _____
---	------------------------------

如何遞交

 請寄往： Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	 需要幫助？若您需要幫助或有疑問，請電： 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
--	---

此申請表格僅適用於申請醫療保險福利。
若您希望申請其他福利（例如基本食物補助），請打電話聯絡：1-877-KIDS-NOW。



- 您是否已隨附最近三十天的收入證明？
- 您是否已在申請表格上簽名？
- 您是否已填寫您為其申請的所有子女之社會安全號碼？
- 若您的子女不是美國公民，您是否已隨附他們的證明文件？

為了加快辦理申請手續，請完整填寫申請表格。